

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE ^{No} 331

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Jules JULIEN

Né à ETALLEVILLE (Seine-Intérieure), le 3 Juin 1901

De l'influence de l'accouchement
sur certains accidents toxi-infectieux
au cours de la seconde moitié
de la grossesse

Président de thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1932

188

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Jules JULIEN

Né à ETALLEVILLE (Seine-Intérieure), le 3 Juin 1901

De l'influence de l'accouchement sur certains accidents toxi-infectieux au cours de la seconde moitié de la grossesse

Président de thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

—
1932

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DEL BET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.	LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie.
N.....	Physiologie.	HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
SANNIE	Chimie biologique.	LIAN.....	Pathologie médicale
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.	HAZARD	Pharmacologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.	X.....	Histologie.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.	MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.	MOREAU.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.	MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.	MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
Gaudart d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.	X.....	Histologie.
DOGNON.....	Physique.	OBERLING.....	Anatomie pathologique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.	OLIVIER.....	Anatomie.
ECALLE.....	Obstétrique.	PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
FEY.....	Urologie.	PORTES.....	Obstétrique.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.	QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
GASTINEL.....	Bactériologie.	RICHET.....	Physiologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.	SEZARY.....	Dermatologie et syphil
GIROUD.....	Histologie.		graphie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.	VALLERY - RADOT	
HOVELACQUE.	Anatomie.	(Pasteur)....	Pathologie médicale
HUTINEL.....	Pathologie médicale.	VAUDESCAL...	Obstétrique.
JOANNON.....	Hygiène.	VELTER.....	Ophtalmologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.	VERNE.....	Histologie.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.	VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET.....	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.	RETTERER.....	Histologie.
LEQUEUX.....	Obstétrique.	ZIMMERN.....	Physique.
LEROUX	Anatomie pathologique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique obstétricale.
LAIGNEL-LAVASTINE. . .	Clinique médicale.	LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLET-BERT	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

A MES FRERES, A MES SŒURS

A MA FEMME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté
de Médecine;

Membre de l'Académie de Médecine;

Officier de la Légion d'Honneur.

Respectueux hommage de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE ROUEN :

- M. le Docteur A. CERNÉ, Professeur honoraire de
Clinique chirurgicale;
M. le Docteur P. DEROCQUE, Chirurgien des Hôpi-
taux ;
M. le Docteur BILLIARD, Electro-Radiologiste des Hô-
pitaux ;
M. le Docteur PAYENNEVILLE, Médecin des Hôpitaux;
M. le Docteur NÉE, Médecin des Hôpitaux;
M. le Docteur HALIPRÉ, Directeur de l'Ecole de Méde-
cine ;
M. le Docteur MARTIN, Professeur de Clinique obsté-
tricale ;
M. le Docteur SEYER, Médecin des Hôpitaux.

In memoriam.

*Qu'ils veuillent bien trouver ici
l'hommage de notre respectueuse
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN
Professeur de Clinique Obstétricale à l'Ecole
de Médecine de Rouen;

Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui a été l'inspirateur de ce
travail.*

*Hommage respectueux de notre
reconnaissance.*

INTRODUCTION

Nous devons tout d'abord nous excuser de la modestie de notre thèse et du peu d'éléments que nous apportons, mais il ne nous semble pas sans intérêt de publier ces quelques observations sur certains accidents de la fin de la gestation, et surtout de signaler l'influence de l'accouchement soit spontané, soit provoqué sur l'évolution de ces accidents.

Nous n'avons guère retrouvé dans la littérature médicale d'analyse d'observations semblables où l'accouchement était suivi si nettement d'une guérison aussi rapide.

Il ne s'agit pas d'éclampsie qui n'a aucun caractère commun, nous le verrons avec les observations que nous apportons.

Nous rapprocherons plutôt, *dans leur évolution*, ces accidents de la pyélonéphrite gravidique où l'on voit habituellement des phénomènes graves régresser rapidement après l'accouchement. Mais, toutefois, nous ne les confondrons pas, car différents examens

de laboratoire nous ont prouvé qu'il ne s'agissait pas d'infections colibacillaires.

Comme dans la pyélite nous retrouvons le début plus ou moins brutal avec des allures d'une infection générale : fièvre, frissons, pouls rapide, courbature générale, céphalée, troubles digestifs, douleurs vagues et mal localisées dans l'abdomen avec mauvais état général, laissant à chaque fois craindre pour la vie de la malade.

De l'influence de l'accouchement sur certains accidents toxi-infectieux au cours de la seconde moitié de la grossesse

Nous allons prendre chaque cas séparément en cherchant l'origine des phénomènes toxi-infectieux et surtout en insistant sur l'influence à chaque fois heureuse de l'accouchement.

OBSERVATION N° 1 (Professeur MARTIN)

M^{me} L..., 23 ans, institutrice. Enceinte de 7 mois et demi, est prise brutalement dans la nuit du 17 juin au 18 juin 1931 d'une douleur dans la moitié droite de l'abdomen.

Jeudi matin 18 juin. — La malade ne peut se lever tant la douleur est vive, pas de vomissements, pas de constipation.

Urines légèrement troubles.

Vendredi 19 juin. — La malade se sent beaucoup mieux et reprend sa classe.

Le lendemain, se lève de nouveau, mais après une heure de travail est forcée de s'aliter.

Dimanche 21 juin. — Entre en clinique pour appendicite possible (ou collibacillurie) et grossesse. A l'examen on est frappé par l'air abattu de la malade : mauvais état général; langue sèche.

Température : 39° 7.

Pouls : 126.

L'examen de l'abdomen révèle une douleur dans toute la moitié droite sans localisation au *point de Mac Burney*. Pas d'hyperesthésie ni de contracture de la paroi. Région lombaire droite très douloureuse avec maximum de la douleur dans l'angle *costo-vertébral*.

La palpation de l'abdomen est gênée par l'utérus gravide de 7 mois et demi.

Présentation du fœtus : sommet.

Pas d'hydramnios. Bruits du cœur nets.

Appareil pulmonaire : Inspection, palpation, percussion, auscultation ne révèlent rien d'anormal.

Cœur : rapide, pas de souffle.

Pouls : 126, faible.

Appareil digestif : Langue sèche, saburrale; pas de constipation; alimentation légère tolérée.

Urines : Albumine : traces.

Glucose : 0.

Pus : 0.

Néanmoins on fait un prélèvement aseptique d'urine, car la douleur dans l'espace *costo-vertébral* droit fait penser à une pyélonéphrite.

Résultat : *Pas de colibacilles*.

Cependant on fait du vaccin Bruschetti, sans succès.

La température est en plateau à 39°.

Pouls : 130, non dicrote.

On pense à la possibilité d'une dothiéntérie ou d'une paratyphoïde.

La percussion de la rate, la recherche du gargouille-

ment de la fosse iliaque droite sont difficiles à cause de l'état de grossesse.

Pas de taches rosées; pas d'épistaxis.

On fait le 26 juin une hémoculture.

Résultat : *Streptocoques* !

Le 27 juin la température descend un peu pour osciller entre 36° le matin et 38° le soir.

Sueurs nocturnes abondantes.

Le pronostic est sombre sinon fatal.

Au reçu du résultat de l'hémoculture on commence sans grand espoir des piqûres quotidiennes de 20 c³ de sérum antistreptococcique; en même temps on continue à administrer huile camphrée et sérum glucosé.

Le 10 juillet : on cesse le sérum antistreptococcique, car le matin, vers 11 heures, réaction sérique alarmante.

Collapsus cardiaque; pouls impalpable. Piqûre de digitaline; huile camphrée.

La malade qui était violacée, lèvres presque noires (sans signe d'infarctus ni d'embolie) reprend peu à peu son teint normal, l'urticaire et les arthralgies disparaissent rapidement.

La malade est d'une faiblesse extrême. Depuis son arrivée à la clinique elle ne prend que des potages maigres : tapioca et purées légères.

On pense à provoquer l'accouchement, mais on patiente néanmoins pour essayer d'avoir un enfant viable.

Le 15 juillet : L'abdomen augmente brusquement de volume.

Signe d'hydramnios, flot très net.

Toucher vaginal : culs-de-sac distendus. Tête en bas très mobile flottant dans le liquide.

Chaque jour la malade se plaint davantage d'être gênée pour manger et respirer.

La température oscille entre 35°7 et 38° le soir.

On essaie d'alimenter la malade le plus possible; elle continue cependant à s'affaiblir.

1^{er} août : Incision d'un abcès de la cuisse gauche probablement au niveau d'une piqûre d'huile camphrée ou de sérum. (Chaque jour, depuis le 21 juin, la malade reçoit une ou deux piqûres; il n'y a rien d'étonnant qu'elle ait fait un peu d'infection au niveau d'une de ces piqûres.)

L'ouverture de l'abcès n'influe en rien sur la température qui oscille toujours entre 35°8 et 38°, même un matin descend jusqu'à 35°3 (prise 2 fois).

La pâleur de la malade augmente chaque jour; on lui donne deux ampoules d'Hépatrol par jour.

7 août : Prélèvement de sang pour numération globulaire en fait en même temps un BW.

BW : négatif.

Hecht : négatif.

Vernes : 0.

Leucocytes par millimètre cube : 17.300.

Hématies : 2.800.000.

Poikilocytose : Présence.

Anisocytose : 0.

Hématies nucléées : 0.

Hémoglobine (pour 100 de la normale) : 55 %.

Valeur globulaire : 0.98.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles et basophiles : 89 %.

Polynucléaire éosinophile : 1.

Mononucléaires et lymphocytes : 6.

Myélocytes : 4.

14 août : Vers 9 heures du matin, spontanément début de travail, quelques coliques utérines toutes les heures.

A 7 heures du soir on administre un cachet de quinine, puis deux autres à 1/2 heure d'intervalle. Le travail s'accélère, la dilation qui depuis midi était de un franc

est vers 8 heures à deux francs. A 2 heures du matin rupture de la poche des eaux.

A 4 h. 45 : Forceps à la vulve.

Extraction d'un enfant vivant criant bien.

Poids : 3 kilogrammes.

Délivrance normale.

Le soir même de l'accouchement, la malade est beaucoup mieux. Température 36°6; pouls bien frappé.

Le lendemain 17 juillet la température monte encore à 37°9 pour redescendre à 36°6, et enfin pour rester à la normale avec un pouls régulier et bien frappé. Il n'y a plus de sueurs nocturnes, les muqueuses commencent à se recolorer, la malade se sent beaucoup plus forte et s'alimente bien, et bientôt va sortir guérie de la clinique.

Dans cette première observation, selon toute évidence, l'accouchement a déterminé la chute de température et la fin de tous les phénomènes morbides qui duraient depuis plusieurs semaines. Cependant l'évolution, non seulement favorable, mais aussi rapide, peut *à priori* nous laisser sceptique sur la valeur du résultat de l'hémoculture-: *streptocoque*, et laisser soupçonner une faute de manipulation pouvant fausser les recherches. Mais l'ensemencement a été fait avec toutes les précautions d'aseptie voulues : lavages soigneux des mains, seringues et aiguilles stérilisées, badigeonnage du lieu de la prise de sang à la teinture d'iode, etc. Quant à l'examen bactériologique il a été pratiqué avec toute l'attention nécessaire par le docteur Guerbet lui-même, professeur de bactériologie à l'Ecole de Médecine de Rouen.

Malgré notre étonnement il nous faut enregistrer,

et nous la tenons pour exacte, l'origine streptococcique de cette infection qui, d'ailleurs, présente bien l'allure d'une septicémie :

Début brutal avec frissons et fièvre élevée d'emblée, grandes oscillations qui ont duré deux mois sans rémission (du 17 puis au 16 août) ; sueurs profuses nocturnes, aspect prostré de la malade, pouls faible et rapide.

Et toujours en faveur d'une septicémie c'est l'analyse du sang :

Augmentation des leucocytes : 17.300 au lieu de 6 à 8.000 par m/m. cube ;

Augmentation des polynucléaires rencontrés : 89 % au lieu de 65 à 70 %.

Nous avons cherché à connaître la cause de l'infection mais en vain. La malade n'avait eu aucune plaie suppurée, pas d'angine, pas de coryza.

Considérant la profession : institutrice, nous avons interrogé M^{me} L... sur l'état sanitaire de sa classe ; de ce côté rien encore : pas d'érysipèle, pas d'angine, pas de grippe, pas de scarlatine ; aucune maladie infectieuse dans son entourage.

D'autre part nous avons retrouvé un cas de septicémie à streptocoque au cours de la gestation, c'est le cas signalé par M^{me} Forget-Urion et Villars (de Poitiers) sous titre de *Fièvre puerpérale ante-abortum*, mais l'évolution s'est faite, si l'on peut dire, selon la normale, vers la mort.

Voici d'ailleurs l'observation (*Obstétrique et Gynécologie* 1927) :

M^{me} A..., 19 ans, primigeste, consulte le 18 janvier 1927.

La grossesse paraît remonter à 5 mois, bien que la malade ait continué à avoir des règles sensiblement normales. Depuis le début de la grossesse elle a des pertes muco-purulentes; elle a eu plusieurs épistaxis.

Depuis deux jours : fièvre, céphalée, insomnie, épistaxis, quelques vomissements; douleurs diffuses dans tout l'abdomen; les mouvements fœtaux ont cessé d'être perçus.

A l'examen : légère prostration, langue suburrale, abdomen un peu météorisé, sensible.

L'utérus atteint l'ombilic. Pas de bruits fœtaux.

Au toucher col mou, fermé, suintement muco-purulent. Température 39° 5; pouls 120. Urines peu abondantes renfermant 2 g. 50 d'albumine. Les jours suivants la température continue à monter vers 40°.

Comme il y a des cas de typhoïde dans le quartier, une hémoculture est faite. Elle donne une culture pure non de bacilles d'Eberth mais de *Streptocoques*.

Le 22 janvier : écoulement de glaires sanguinolentes et fétides.

Le col est effacé et dilaté à petite paume.

La malade prostrée ne s'est pas aperçue de ce début de travail. Température 40° 2.

Sérum antistreptococcique 40 cc.

Deux heures après l'examen la poche des eaux apparaît à la vulve. On la rompt; il s'en écoule un liquide opalescent sans odeur. Puis accouchement spontané, suivi immédiatement après de la délivrance complète.

Le fœtus, qui paraît bien être de 5 mois, ne présente pas de trace de macération.

Le placenta inséré bas présente un bord noirâtre, paraissant décollé anciennement.

Nouvelle injection de sérum antistreptococcique.

La nuit suivante subdélire.

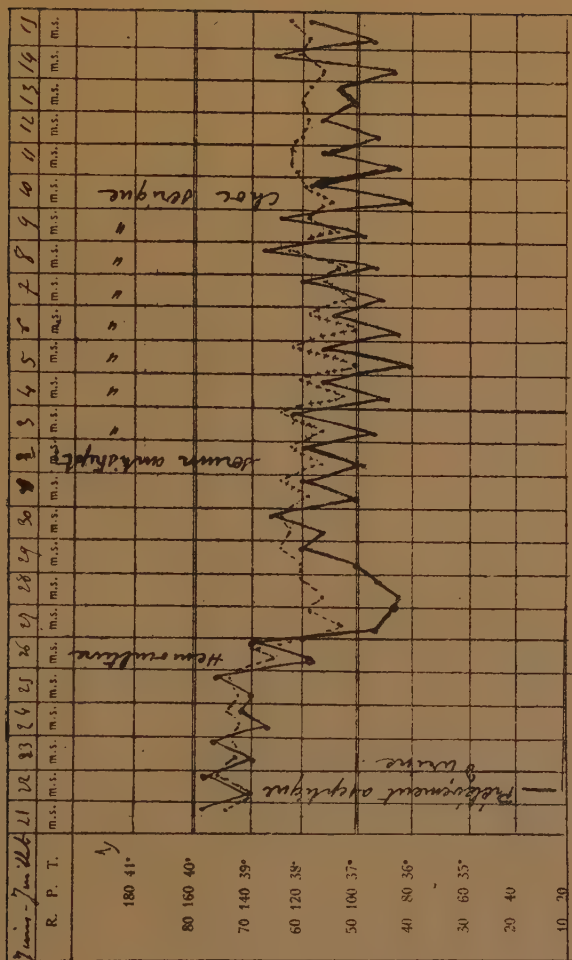
Le lendemain : abcès de fixation, sulfarsenol 0 g. 12 sous-cutané, tamponnement intra-utérin au bouillon vaccin antistreptococcique. Mort la nuit suivante.

S'il nous a paru intéressant de rappeler cette observation qui, elle, diffère beaucoup de la nôtre, puisque la malade succombe rapidement, c'est pour rechercher l'origine de l'infection, car ici elle semble bien d'origine autogène.

Il y aurait peut-être eu dans ce cas, dès le diagnostic de septicémie fait, de provoquer l'accouchement, et peut-être aurait-on eu la surprise de voir la fièvre tomber, quoiqu'ici il semble bien qu'on se trouvait en présence d'un streptocoque particulièrement virulent : la malade a succombé le 5^e jour au début apparent de l'infection.

Nous rappellerons rapidement aussi un cas de quatre avortements consécutifs présentés par Vignes à la Société d'Obstétrique de Paris (10 janvier 1927). Nous sommes ici un peu en dehors de notre sujet puisqu'il s'agit de grossesses ne dépassant pas trois mois et que l'arrêt de ces grossesses ne mettait un terme rapide à aucune manifestation infectieuse. Nous l'avons retenu, car la cause de ces avortements était due à une infection à streptocoques qui même, à un certain moment, prit l'allure de septicémie.

Peut-être, comme c'était le cas ici, dans l'observation de M^{me} L..., l'infection avait-elle comme origine une infection à streptocoque de la caduque.



Index and	R	P	T.
17 18	49	20	21
19 20	21	22	23
21 22	23	24	25
23 24	25	26	27
25 26	27	28	29
27 28	29	30	31
29 30	31	32	33
31 32	33	34	35
33 34	35	36	37
35 36	37	38	39
37 38	39	40	41
39 40	41	42	43
41 42	43	44	45
43 44	45	46	47
45 46	47	48	49
47 48	49	50	51
49 50	51	52	53
51 52	53	54	55
53 54	55	56	57
55 56	57	58	59
57 58	59	60	61
59 60	61	62	63
61 62	63	64	65
63 64	65	66	67
65 66	67	68	69
67 68	69	70	71
69 70	71	72	73
71 72	73	74	75
73 74	75	76	77
75 76	77	78	79
77 78	79	80	81
79 80	81	82	83
81 82	83	84	85
83 84	85	86	87
85 86	87	88	89
87 88	89	90	91
89 90	91	92	93
91 92	93	94	95
93 94	95	96	97
95 96	97	98	99
97 98	99		

180 41°

80 160 40°

70 140 39°

60 120 38°

50 100 37°

40 80 36°

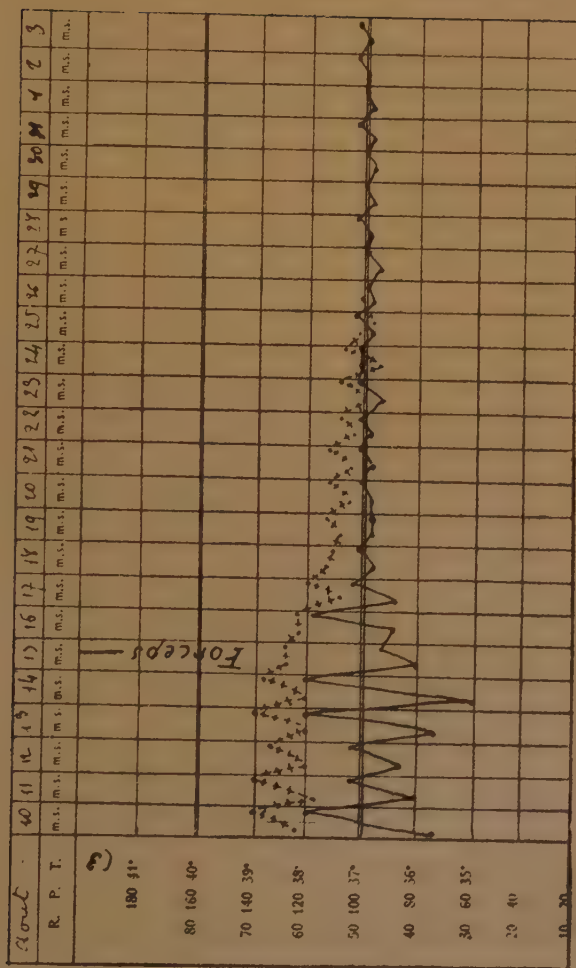
30 60 35°

20 40

10 20

Abies concolor

Naucloa glauca



Nous avons dû être en présence d'un streptocoque peu virulent, car la malade dans la suite n'a pas fait d'infection puerpérale.

OBSERVATION N° II (Maternité de Rouen).

Comme dans le premier cas, nous avons un début brusque avec frissons, grande température, mais apparition d'ictère quelques jours après.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, M^{me} P..., 5^e pare, envoyée par son médecin à l'hôpital pour vomissements incoercibles.

Cette femme, alors enceinte de 6 mois environ, est tombée brusquement malade au début du mois de février 1932.

Les six premiers mois de la grossesse s'étaient passés normalement, sauf quelques nausées et petits vomissements bilieux survenant le matin pendant les trois premiers mois.

La malade ne semble pas avoir présenté des signes d'intoxication gravidique. Pas de céphalée, pas de troubles oculaires, pas de troubles nerveux.

Le début brutal (la malade était dans la cour de sa maison) a été marqué par la sensation de froid intense, grands frissons; la température est montée à 39° et est restée ainsi entre 39° et 40° pendant les trois premiers jours, puis est descendue progressivement à la normale au bout d'une douzaine de jours.

Après les grands frissons du début la malade éprouva une courbature générale intense, une lassitude extrême, de la céphalée et est restée prostrée, somnolente pendant 4 ou 5 premiers jours, ne pouvant absorber ni lait, ni bouillon de légumes; continuellement elle a des nausées. Cependant la soif est extrême, mais l'eau glacée même provoque des vomissements pénibles et très douloureux.

Six jours environ après ce début brutal, apparition d'ictère peu accentué mais net. Les selles ne sont pas décolorées mais, au contraire, noirâtres, demi-liquide comparable à du goudron et d'odeur fétide. Les urines peu abondantes, très foncées, teinte acajou.

Le médecin traitant ayant pensé à possibilité de colibacillose, fait examiner les urines : absence de colibacilles; présence d'albumine.

La malade entre le 14 mars à la Maternité de Rouen.

On est en présence d'une femme dont l'état général est profondément touché, très affaiblie par les vomissements qui sont quotidiens et interdisent presque complètement toute absorption de liquide depuis le début de février.

La malade répond difficilement aux questions posées, présente un ictère léger, facies terreux, les traits sont tirés, la langue sèche, l'haleine fétide.

A la palpation profonde on réveille une douleur sourde, mal localisée, siégeant dans la région épigastrique.

L'examen clinique des organes intra-abdominaux est d'ailleurs considérablement gêné du fait de la grossesse.

Foie : Le bord inférieur n'est pas perceptible; sa limite supérieure est normale à la percussion dans le 5^e espace intercostal droit.

Appareil respiratoire : normal.

Cœur : Bruits affaiblis mais réguliers.

Pouls : 80 à la minute.

Hypotension. T. Mx 10 (Vaquez).

Température normale : 37°2 et restera toujours aux environs de 37°.

Urines : foncées, acajou.

Albumine : présence.

Pigments biliaires : présence.

Les signes de grossesse.

Hauteur utérine est de 29 cm.

Tête en bas, mobile.

Dos à gauche.

Bruits du cœur : bons.

Depuis son arrivée à l'hôpital la malade ne peut rien prendre. Elle vomit. Ce sont tantôt des vomissements bilieux, tantôt des vomissements foncés plus ou moins noirâtres à *réaction de Meyer positive*. Elle continue également à avoir du mœlena.

On lui fait prendre matin et soir une injection sous-cutanée de 500 cc. de sérum glucosé.

18 mars : Un examen radiologique du tube digestif est demandé, mais il ne peut être pratiqué dans l'impossibilité de faire absorber la bouillie opaque à la malade.

22 mars : Devant l'état alarmant de la malade on décide de provoquer l'accouchement.

A 11 h. 45, pose d'un ballon de Champetier de Ribes.

23 mars : A 10 heures du matin, on complète la dilatation. Application de forceps.

A 10 h. 15, extraction d'un enfant criant bien, pesant 2 kil. 530.

L'enfant meurt 3 jours après l'accouchement.

24 mars : Pas de vomissements.

25 Mars : Deux jours après l'accouchement la malade peut prendre un peu d'eau de Vichy sans vomir; les jours suivants elle commence à se réalimenter; peut absorber du bouillon de légumes, du lait; les vomissements ne réapparaissent pas.

L'ictère diminue progressivement, la malade ne souffre plus et reprend des forces.

Les urines redeviennent claires et abondantes; il n'y a plus de mœlena.

5 avril : La malade s'alimente normalement; même régime que ses compagnes de la salle. Elle paraît guérie.

Dans ses antécédents rien de particulier. Les quatre

grossesses précédentes ont été normales et ses 4 enfants sont vivants et bien portants : 1 fille âgée de 8 ans; 3 garçons : 5 ans, 4 ans, 2 ans.

8 avril : Depuis deux jours la malade a de la fièvre : 38°-39°; se plaint de céphalée et courbature, mais ne présente aucune des manifestations morbides précédentes; simple grippe. Quelques cachets de quinine et tout rentre dans l'ordre.

12 avril : Température normale.

16-17 avril : Température remonte à 39° pour retomber brusquement après ouverture d'un abcès dentaire.

Ce qui ressort dans ce cas c'est le caractère toxique de tous les accidents. Il y eut bien au début une température élevée, faisant penser à une maladie infectieuse, mais vite cette haute température redescendit à la normale. Cependant les phénomènes toxiques durèrent jusqu'à la fin et mirent la malade dans un état de faiblesse tel que, lorsque l'on a provoqué l'accouchement, on l'a fait sans grand espoir de succès.

Mais ici, encore, contre toute attente, brusquement tous les accidents toxiques se sont amendés et en quelques jours, au lieu d'une mourante que l'on soutenait à force de piqûres de sérum glucosé, d'huile camphrée, de spartéïne, c'est une convalescente que l'on alimente normalement.

Cette intoxication maternelle paraît avoir eu une répercussion sur l'état de l'enfant car, bien qu'il fût normalement constitué et d'aspect vigoureux, il mourait trois jours après sa naissance.

Il est à déplorer que l'autopsie n'en ait pas été faite car elle aurait pu, non seulement nous donner l'explication de la mort, mais peut-être aurions-nous eu quelques indications sur la cause de l'infection de la mère.

Ce caractère toxique, nous allons le retrouver dans l'observation suivante, où l'on pensa d'abord être en présence des vomissements des débuts de grossesse, puis de vomissements incoercibles.

OBSERVATION N° III (Docteur TAMBAREAU)

Femme primipare.

Pendant les 4 premières semaines de la grossesse : nausées, sensation violente de brûlure d'estomac.

A partir du deuxième mois les vomissements commencent, sans d'abord trop inquiéter l'entourage. Mais rapidement ces vomissements quotidiens augmentent de fréquence, n'autorisant aucune alimentation, même liquide.

Vers le troisième mois on voit apparaître des filets de sang dans le liquide gastrique.

Les vomissements augmentent toujours et atteignent vers le 4^e mois le chiffre effarant de 70 à 80 par jour. A ce moment ce sont de véritables *hématémèses*, *sang rouge, pur*, et même avec des *lambeaux de muqueuse gastrique*. Pensant que les vomissements sont aggravés par la présence d'un ulcus on fait faire l'examen radioscopique de l'estomac.

Cet examen, quoique pénible, est enfin fait et ne décèle rien. La malade est dans un état de faiblesse extrême, n'est soutenue que par piqûre de sérum glucosé, huile camphrée, etc. On envisage l'avortement thérapeu-

tique, mais l'envie d'avoir un enfant vivant fait encore patienter.

La malade s'affaiblit de jour en jour, état squelettique; de 64 kilos avant la grossesse, elle arrive à 38 kg.

Examen des urines : Pas d'albumine; pas de pus; pas de colibacilles.

Pas d'hypertension. T. Mx 14.

Du côté fœtal : Bruits du cœur normaux.

Au cinquième mois on isole complètement la malade dans une demi-obscurité; seule l'infirmière chargée de lui faire ses piqûres est autorisée à l'approcher.

Ce traitement semble calmer un peu les vomissements qui deviennent un peu moins fréquents. Au bout de huit jours de ce traitement, la malade dans l'intervalle des nausées peut avaler quelques bouillies légères.

En même temps pyalisme intense.

Au bout de 12 jours environ on cesse l'isolement; les vomissements n'augmentent pas et autorisent toujours quelques légères bouillies.

Le 3 août 1930 : A 7 heures le soir, rupture spontanée de la poche des eaux sans que la malade n'ait ressenti la moindre colique utérine.

Présentation du sommet.

Le 4 août 1930 : A 8 heures du matin, accouchement d'une fille avant terme de 7 mois et demi, pesant 1150 grammes, criant bien.

Les vomissements qui n'ont pas cessé pendant l'accouchement, continuent encore après pendant près de 2 heures, tant que le placenta est toujours dans l'utérus. On pense faire une délivrance artificielle. Enfin après expression le placenta se décolle et est expulsé.

Immédiatement les vomissements cessent.

Placenta en rapport avec le poids de l'enfant, farci d'infarctus.

Dans la journée même les bouillies sont bien tolérées et rapidement la malade se réalimente.

L'enfant dans ce cas encore, est mort 10 jours après la naissance.

Depuis, cette femme a eu une seconde grossesse : accouchement normal à terme d'un garçon bien portant âgé maintenant de 8 mois.

Mais pendant *toute la durée* de la grossesse *petits vomissements* et brûlures d'estomac.

Ces petits vomissements ont duré encore entre l'expulsion de l'enfant et l'expulsion du placenta. L'utérus vide, les vomissements ont cessé immédiatement.

On trouvait encore dans le placenta quelques petits infarctus.

A noter ici, toujours, l'influence heureuse et extrêmement rapide de l'accouchement. Cela, dans cette observation, a encore été plus précis car, même *après l'expulsion du fœtus* : vomissements; aussitôt *l'utérus vide de son placenta*, arrêt immédiat des vomissements, comme « un véritable robinet que l'on ferme ».

On ne peut nier non plus, dans cette observation, qu'il y ait eu un facteur psychique, puisque l'isolement a amené en quelques jours une diminution des vomissements. Mais cette amélioration a été si légère que nous sommes convaincu que ce facteur psychique avait un rôle bien minime et que nous nous trouvons en présence d'une intoxication gravidique probablement d'origine placentaire.

Enfin une dernière observation où nous allons retrouver le même succès après l'accouchement :

OBSERVATION N° IV (Professeur MARTIN)

M^{me} D..., 28 ans.

Femme secondipare; n'a jamais été malade, a une petite fille de 5 ans bien portante. Pas de fausses-couches.

En 1926 : Accouchement normal. Quelques vomissements dans les premiers mois de la grossesse qui ont cessé spontanément.

Depuis sa première grossesse, aucune maladie.

En août 1931 : Est enceinte pour la deuxième fois. Vomissements dès le début, peu abondants; il en est ainsi jusqu'au sixième mois de sa grossesse.

A partir du sixième mois la parturiente ne peut plus rien garder. Elle vomit sans arrêt tout ce qu'elle prend. Pendant 3 semaines son médecin la soigne chez elle.

Son état général s'aggrave, elle maigrit énormément.

Les vomissements incessants inquiètent tant son médecin qu'on la transporte la nuit d'urgence le 26 mars 1932 à l'hôpital de Pont-Audemer. On l'isole; suppression complète des visites. Injection de sérum, huile camphrée. La malade vomit toujours.

Contractions utérines extrêmement violentes et irrégulières.

Elle reste deux jours à l'hôpital.

Le 28 mars 1932 : Sort sur sa demande de l'hôpital. Cependant son médecin lui fait comprendre qu'elle ne peut rester chez elle. Entre dans une clinique.

A son arrivée à la clinique :

Pas d'hypertension.

Pouls 124.

Température 38°.

Gros amaigrissement.

Pas d'œdème des jambes.

Examen gynécologique :

Col entr'ouvert admettant la pulpe de l'index.

Présentation du siège.

Bruits du cœur bons.

Contractions utérines fréquentes mais irrégulières.

Traitement : Lavement laudanisé. Injection de 500 grammes de sérum glucosé. Lavement nutritif. Huile camphrée. Adrénaline XV gouttes de solution au 1/1000°. Isolement dans demi-obscurité.

Pendant la première nuit, pas de vomissements.

Le 29 mars on essaie de l'alimenter légèrement avec des potages; c'est en vain, les vomissements reprennent.

Du 29 mars au 2 avril : Les vomissements augmentent.

La température qui était à 37° monte à 38°.

Pouls : 100.

Le dosage d'urée dans le sang ayant donné 2 g. 50, on décide de provoquer l'accouchement.

Le 2 avril, à 20 h. 30 : Pose d'un ballon de Champetier de Ribes.

3 avril, 5 heures du matin : Expulsion du ballon.

De 5 heures à 7 h. 30 : La dilatation continue progressivement.

7 h. 30 : Rupture de la poche des eaux.

7 h. 40 : Siège mode des fesses.

Enfant vivant. Terme environ 8 mois.

L'enfant n'a vécu que 24 heures.

Le 3 avril, jour de l'accouchement : Température : 39° 6. Pouls : 120.

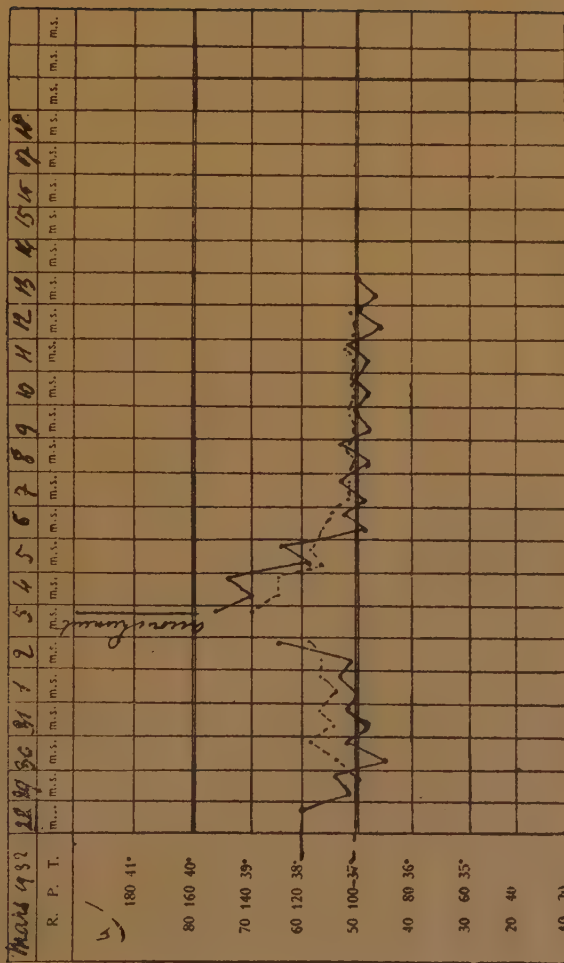
Le 4 avril : Au matin, 39° 5. Pouls : 105.

Le 5 avril : Au matin, chute de la température, 37° 8. Pouls : 94.

Le 6 avril : Matin, 36° 9; 37° le soir.

Depuis la température s'est toujours maintenue à la normale.

Et, point qui nous intéresse : *les vomissements ont cessé brusquement le jour de l'accouchement.*



Le 13 avril : Un nouveau dosage d'urée dans le sang donne 0 g. 50.

Urines : Albumine : traces.

Sucre : 0.

Le 15 avril : La malade sort de la clinique complètement remise et s'alimentant normalement.

Il nous semble intéressant de rapprocher de cette observation, par la teneur en urée du sang et d'absence d'hypertension, le cas présenté par *Prosper Merklen, Humbert et Arnoplejvitch à la Société de Médecine du Bas-Rhin le 20 décembre 1924* :

Femme enceinte de 8 mois, entrée dans le service pour troubles digestifs récents (vomissements et diarrhées, douleurs diffuses dans le ventre) qui ne cédèrent pas à la médication classique; mauvais état général; somnolence; refroidissement des extrémités. La situation est en rapport avec une azotémie de 1 g. 50 constante à 0.22 et légère albuminurie.

A signaler une crise d'hypothermie qui dura deux jours, une progression de l'azotémie qui monta jusqu'à 2 g. 64 et en même temps un abaissement de la maxima qui de 10 descendit à 7.5.

Accouchement spontané d'un enfant mort, que l'autopsie montra atteint de néphrite aiguë.

Peu après, l'état général s'améliore; l'urée, la constante, la tension maxima reviennent à des chiffres normaux.

De ces observations, l'une se différencie nettement des autres. c'est la première qui prend l'allure d'une

maladie infectieuse avec fièvre persistante à grandes oscillations et où l'enfant survivra.

Les trois autres ont un caractère commun, les vomissements fréquents et incessants, et dans chacune d'elle l'enfant meurt peu de temps après la naissance.

Les deux dernières notamment peuvent être presque mises en parallèle (sauf pour les hématomèses); les phénomènes toxiques se sont manifestés dès le début de la grossesse pour augmenter d'intensité dans la seconde moitié de la gestation.

Mais, dans tous les cas, c'est la guérison rapide après l'accouchement, qu'il soit spontané ou provoqué.

CONCLUSIONS

De cet exposé nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. — Qu'il existe certains accidents toxi-infectieux de la seconde moitié de la grossesse mal déterminés en dehors des accidents dus à l'infection par colibacilles qu'on a convenu d'appeler toxémie gravidique.

II. — Que dans les cas que nous avons signalés il y a plusieurs origines à ces accidents.

III. — Que la grossesse en est la cause déterminante.

IV. — Que l'évacuation totale de l'utérus amenant la cessation brusque et radicale de tous ces accidents on doit provoquer l'accouchement en essayant, autant que le permet l'état de la malade, d'attendre un terme assez avancé pour avoir un enfant vivant.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse,*
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.
